Zur Aetiologie des Retropharyngealabszesses.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Edmund Weyers,
approb. Arzt.

München 1903.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Zur Aetiologie des Retropharyngealabszesses.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Edmund Weyers,
approb. Arzt.

ACAD. LUDWIG. BIBL.

München 1903.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität München.

Referent: Obermedizinalrat Prof. Dr. O. Bollinger.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549027_0072

Unter Retropharyngealabszess verstehen wir bekanntlich jede Eiteransammlung, die zwischen dem Pharynx (beziehungsweise Ösophagus) einerseits und den Muskeln, die die Vorderfläche der Wirbelsäule decken, andererseits ihren Sitz hat. Über die genaueren anatomischen Verhältnisse und die Senkungsmöglichkeiten dieser Abszesse gibt die anatomische Studie von Dr. Otto Soltmann[1]) Aufschluss. Bezüglich der Retropharyngeal- und Retroösophagealabszesse kommt er dahin zu folgenden Resultaten.

1. Der präformierte Ausbreitungsbezirk des eigentlichen Retropharyngeal- und Retroösophagealabszesses umschliesst einen Raum, der sich von der Basis cranii an, vor der Wirbelsäule, median hinter den Halseingeweiden, durch das Cavum mediastinum posticum und die Brusthöhle bis zum Diaphragma erstreckt. Ein weiterer Durchtritt durch die Zwerchfellspalte findet nicht statt. Diesen Raum bezeichnet Henke als Retrovisceralspalte.

2. Der Abszess liegt vor der Wirbelsäule in einer ihn bisquitförmig umgebenden Röhre, deren schmales Mittelstück gerade hinter, deren breite Seitenbögen lateralwärts von Larynx, Trachea, Pharynx und Ösophagus gelegen sind. Diese Röhre verschmälert sich nach abwärts dem Manubrium sterni zu und geht unmittelbar in das Cavum mediastinposticum über.

---

[1]) Der Ausbreitungsbezirk der Kongestionsabszesse bei Spondylarthrocace der Kinder von Dr. Soltmann „Jahrbuch für Kinderheilkunde Nr. 17, VII, 2 Vol., p. 267".

3. Eine gemeinsame Gefässcheide für Carotis und Jugularis int. besteht als solche nicht und bildet am Halse nicht absolute seitliche Grenze, sondern sie wird bei stärkerem Druck durchbrochen.

4. Nach der Auflösung der sogenannten Gefässcheide bildet sich ein oberflächlicher Abszess, der, nach aufwärts durch die Fascia suprahyoidea am Unterkiefer gegen das Gesicht hin, nach den Seiten durch den inneren Rand des Cucullaris seine Begrenzung findet und nach abwärts bis zur Clavicula gehen kann.

5. Niemals werden Larynx, Pharynx oder Trachea und Ösophagus durch den Abszess primär getrennt; ebensowenig dringt derselbe in das präviscerale Bindegewebe vor dieselbe ein.

Nun nehmen aber durchaus nicht alle Retropharyngealabszesse diesen komplizierten Verlauf, sondern im Gegenteil pflegen sich gerade die am häufigsten vorkommenden akuten Retropharyngealabszesse, von denen auch im folgenden am meisten die Rede sein soll, auf den Raum hinter dem Pharynx zu beschränken. Andererseits aber kann jeder Retropharyngealabszess, auch der akute, bei kleinen Kindern so häufige, zu einem Senkungsabszess werden.

Was nun die Einteilung der Retropharyngealabszesse anbelangt, so hat man sich darüber auch heute noch keineswegs geeinigt. Sie ist abhängig von der Anschauung über seine Ätiologie. Je nachdem sich die Ansichten über die Ätiologie des Retropharyngealabszesses änderten, änderten sich auch die Meinungen von der Richtigkeit der Einteilung. Die noch heute herrschenden Meinungsverschiedenheiten über die Ätiologie des Retropharyngealabszesses richtig würdigen kann nur der, der die Geschichte desselben kennt. Dieselbe ist nicht alt. Zwar erwähnt ihn schon Hippokrates[1]) und

[1]) Littre de Thom. VII. p. 46.

macht den Vorschlag, Pharyngealabszesse mit dem Instrument zu öffnen in den Worten: ἢν δὲ μὴ ῥηγνύηται ψηλαφήσας τῷ δακτύλῳ ἢ μαλθακὸν ἔῃ, σιδήριον ὀξὺ προσθάμενος πρὸστὸν δάκτυλον τρῆσαι ταῦτα ποιήσαντι ὑγιέες γίνονται, ἡ δὲ νοῦσος ἀύτη ἥκιστα ἔστι θανατώδης; und ebenso gibt Ambroise Paré eine ausführliche Beschreibung davon; dann aber schlief die Kenntnis des Retropharyngealabszesses den langen Schlaf des Mittelalters und erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts schien man sich seiner zu erinnern. Neben Abercrombie,[1]) Mordière[2]) und Duparque[3]) war es hauptsächlich Flemming,[4]) der im Jahre 1840 durch seine klassische Beschreibung zweier selbstbeobachteter Fälle die Aufmerksamkeit der Ärzte auf den Retropharyngealabszess lenkte. Flemmings Fälle verdienen einmal wegen der noch heute mustergültigen Beschreibung der Symptome, dann auch weil sie typisch sind für zwei Entstehungsarten des Retropharyngealabszesses, mehr wie historisches Interesse. Es möge mir deshalb gestattet sein, sie hier anzuführen.

I. Fall: Von fünf Söhnen einer Familie erkrankten drei. Zuerst der jüngste, ein vorher vollkommen gesundes Kind von ein Jahr acht Monaten. Es erwacht nach zwei Stunden unter Erbrechen, ohne dass man vorher besondere Krankheitssymptome bemerkt hätte. Auch den übrigen Teil der Nacht verbrachte es ohne Störung. Am anderen Morgen matt, verfällt es nachmittags in Konvulsionen. Es tritt Paralyse der linken Körperhälfte und comatöser Zustand ein, in dem das Kind 39 Stunden nach dem ersten Erbrechen verscheidet. Sektion: Beträchtliche Turgescenz aller Stirn-

---

[1]) Edinburg Medical and Chirurgal Journal. Vol. XI. p. 260. 1819.

[2]) l'Expérience. Jan. 1842.

[3]) Annales d'obstétrique. 1842. p. 242.

[4]) Dublin Journal. Vol. 17. Nr. 79. 1840. Über eigentümliche Halsaffektionen infolge von Abszessen zwischen Pharynx und Wirbelsäule.

gefässe, sonst nichts Abnormes. Zwei Tage nachher erkrankt der dritte Sohn derselben Familie, ein schwächliches Kind von sechs Jahren, ebenfalls unter häufigem Erbrechen, Kopfschmerz und heftigem Fieber. Durch Antiphlogist. wurde die Krankheit binnen 3—4 Tagen beseitigt. Gleichzeitig traten bei dem vierten Kinde, einem scheinbar gesunden Knaben von $3^1/_2$ Jahren, dieselben Krankheitssymptome auf. Fieber von entzündlichem Charakter und stürmische Gehirnsymptome machen energische Behandlung notwendig. Am vierten Tage befand sich das Kind in Genesung und der behandelnde Arzt stellte Besuche ein. In der Convalescenz fällt es auf, dass der Knabe den Kopf wenig bewegt und ihn mit steifem Hals fortwährend rückwärts neigt. Man findet die Halsmuskeln zuerst auffallend gespannt, später vollkommen starr. Dabei klagt Patient über Schmerzen im Hals und krankhafte Schlingbeschwerden. Es besteht aber weder Husten noch Heiserkeit. Die Artikulation der Worte ist durch schwerfällige Dehnung aller Silben ausgezeichnet und bisweilen unvollständig. Im Hals sind keine örtlichen Störungen zu erkennen, dennoch werden die Symptome mit jedem Tag bedenklicher und nehmen trotz angewandter Merkurialia etc. zu. Am zehnten Tage ist das Kind entkräftet, abgezehrt, verschmäht Nahrung und trinkt nur, wenn von Durst gequält. Die krampfhaften Schlingbeschwerden scheinen mit heftigen Schmerzen verbunden zu sein, dabei ist das Kind schlafsüchtig. Auf diesen Zustand hatte die Lage des Kindes Einfluss der Art, dass Patient sofort Besinnung und Empfindung bekam, wenn es aus der horizontalen in die sitzende Stellung kam. Dann wurde auch die vorher mit lautem Schnarchen verbundene beschwerliche Respiration ruhig. Der auffallend seltene Puls nähert sich dem Normalen, und während bei der horizontalen Lage fast alles Getränk durch Nase und Mund ausgeworfen wurde, gelangte dasselbe bei

emporgerichtetem Oberkörper bisweilen in den Magen. Verfasser suchte den Grund in einer mechanischen Obturation des Pharynx und es gelang ihm bei einer neuen Exploration des Pharynx, mittels eines gewaltsam eingeführten Fingers eine wenig nachgiebige Geschwulst jenseits der Basis linguae deutlich zu fühlen. In Übereinstimmung mit zwei anderen Ärzten beschloss nun Verfasser, die Geschwulst, die man für einen Abszess in der hinteren Wand des Pharynx hielt, mittels eines, für den Zweck bequemer Untersuchung, angefertigten Explorators zu eröffnen. Diese mit den grössten Schwierigkeiten verbundene Operation wurde mit grosser Vorsicht und glücklichstem Erfolge ausgeführt. Nach dem Einstich ergoss sich eine grosse Menge Eiters und bald genas das Kind.

In der Besprechung dieses Falles glaubt Flemming alle Symptome, die von dem Gehirn ausgingen, die Konvulsionen und den comatösen Zustand sowohl, wie die Starrheit der Nackenmuskulatur auf Kosten des Retropharyngealabszesses setzen zu dürfen. Darin begeht er offenbar einen Irrtum. Denn wir haben es hier, trotz des scheinbar negativen Resultates der ersten Sektion, mit einer Meningitis cerebrospinalis epidemica zu tun, die in dem letzten Fall einen Retropharyngealabszess verursachte. Uns interessiert denn auch gerade in diesem Falle die Entstehung des Retropharyngealabszesses im Anschluss an eine Infektionskrankheit und wir wollen uns für unsere spätere Besprechung die Tatsache merken, dass das spezifische Gift durch die Nasenhöhle zu den Hüllen des Zentralnervensystems gelangt.[1]) Wir werden feststellen können, dass auch für den Retropharyngealabszess in vielen Fällen die Nasenhöhle den Ausgangspunkt der speziellen Erreger bildet und vermögen uns so den Fall sehr wohl zu deuten.

[1]) Strümpell, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 1900. I. p. 159.

II. Fall: Am 2. April 1838 wurde Verfasser zu einem Knaben von sieben Monaten gerufen, an dessen Leben die Eltern, die meinten, er leide an Gehirnwassersucht, da schon mehrere Kinder an derselben Erscheinung gestorben waren, verzweifelten. Kind litt an Störung in der Verrichtung des Darmkanals und an verdächtigen Hirnsymptomen, an Wundsein hinter dem linken Ohr und schmerzhafter Anschwellung einzelner lymphatischer Drüsen an der linken Seite des Halses, ganz nahe dem Winkel der unteren Kinnlade. Die ganze Mundhöhle bot, soweit übersichtlich, keine abnormen Erscheinungen; an der unteren Kinnlade waren die Schneidezähne sichtbar. Die gegen diese Symptome eingeleitete Behandlung versprach Erfolg, als sich plötzlich der Zustand verschlimmerte. Das Kind wurde mit einem Male unruhig, das Gesicht war gerötet, Respiration laut, mühsam keuchend und oft fuhr es aus dem unruhigen Schlafe empor. Bald trat Erbrechen ein und es steigerten sich die Atembeschwerden, besonders dann, wenn das Kind die horizontale Lage einnahm. Bei etwas rückwärts geneigtem Kopf ragt das Kinn ungewöhnlich hervor. Patient schrie, sobald man den Versuch machte, die obere Kinnlade von der unteren zu trennen, sowie bei jeder Bewegung des Kopfes. Der ganze Hals war empfindlich, namentlich die Gegend der lymphatischen Drüsen. Trotz angewandter Blutegel und Fomenta verschlechterte sich der Zustand. Im Schlund und in Bronchien trat lautes Schleimrasseln auf; die Schlingbeschwerden waren noch schmerzhafter als am Tage zuvor. Es traten Anfälle von Dyspnoe auf, in denen sich das Gesicht purpurrot färbt und die Muskeln konvulsivisch zuckten. Bei horizontaler Lage traten die Anfälle sofort auf. Die Nahrungsaufnahme war unmöglich. Gerade rang es mit solchem Anfalle, als Flemming eintrat. Diesem fiel die Ähnlichkeit mit dem ersten Fall auf und er untersuchte sofort den Mund, um auf eine

jenseits der Basis linguae befindliche Geschwulst zu stossen. Diese gab nach, platzte und es ergoss sich eine reichliche Menge Eiters. Der Zustand besserte sich zwar, die Besserung hielt aber nicht an und es musste der Abszess, der in diesem Falle sehr tief hinter dem Ösophagus lag, operativ eröffnet werden. Dann trat Heilung ein.

In der Besprechung dieses Falles wirft Flemming die Frage auf, ob es sich nicht in allen Fällen um eine Entzündung einer zwischen dem Pharynx und der Wirbelsäule gelegenen Lymphdrüse handele, wie es doch in diesem Falle aus der Schwellung benachbarter lymphatischer Drüsen deutlich hervorgehe. Die Anwesenheit solcher Drüsen sei ja auch durch die Anatomie, bei Kindern wenigstens, festgestellt.

Wir werden später zu dieser Frage Stellung nehmen müssen und wollen einstweilen die hier durch Flemming aufgestellte Theorie einer Lymphadenitis retropharnyngealis als Ausgangspunkt des Retropharyngealabszesses im Auge behalten. Trotzdem diese Theorie 1842 von Verneuille ausdrücklich aufs neue aufgestellt wurde, schenkt Charles M. Allin,[1]) der im Jahre 1851 eine Geschichte und Behandlung des Retropharyngealabszesses nebst statistischen Bemerkungen herausgab, ihr nur wenig Beachtung. Er unterscheidet bezüglich der Ätiologie zunächst zwischen prädisponierenden und veranlassenden Ursachen und führt unter ersteren Skrophulose, Lues hered., unmässiges Leben und schweres Zahnen als die wichtigsten an und betrachtet als veranlassende Ursache die Einwirkung von kalter und feuchter Luft mit darauf folgender Entzündung des Pharynx, Übergang in Eiterung und Absetzung des Eiters zwischen Fascia propria pharyngis und Pharynxmuskeln. Ausser letzteren kämen dann noch die von Flemming erwähnte Entzündung

[1]) New-York Journal. Novb. 1851; aus Schmidts Jahrbücher. Bd. 74. S. 221.

der Lymphdrüsen, Fremdkörper im Pharynx, zurückgetretene Gesichtsrose, Striktur des Ösophagus und Rheumatismus in Betracht; manchmal sei die Ursache unbekannt. Für die chronischen Abszesse sei Caries oder Tuberkulose der Halswirbel die Ursache.

Wir sehen also, dass die Ätiologie der wichtigsten akuten, bei Kindern so häufigen Retropharyngealabszesse, trotz der sorgfältig aufgezählten Ursachen, im letzten Grunde mehr denn je in Dunkel gehüllt war. Die angeführten Ursachen waren der Erfahrung entlehnt, aber wie denn nun dadurch der Eiter hinter die Pharynxwand kam, wusste man sich nicht zu deuten. Die Lymphadenitis retropharyngealis als Einleitung des Abszesses war wohl für einige Fälle festgestellt, aber da doch die Erkrankung nicht nur skrophulöse Individuen betraf, kannte man für die übrigen Fälle die Ursache der Lymphadenitis retropharyngealis nicht und schloss diese Entstehungsursache deshalb für letztere Fälle aus.

Die statistische Tabelle, die Allin seiner Abhandlung anschliesst, umfasst 58 Fälle, wovon er den ältesten bei Platerus Praxis medic. 1625 fand. Davon betrafen 28 das männliche, 13 das weibliche Geschlecht; 17 sind als unbestimmt bezeichnet. Bezüglich des Alters finden wir folgende Angaben:

Unter	10 Jahre	20	Fälle,
zwischen	10—20 Jahren	4	„
„	20—30 „	5	„
„	30—40 „	5	„
„	40—50 „	4	„
„	50—70 „	3	„
unbestimmt		17	„

Verlauf: Akut 33, chronisch 17, unbekannt 8.

Behandlung: Eröffnet 30, uneröffnet 23, Laryngotomie 3, Tracheotomie 2.

Ätiologie: Erkältung 10, Rose 2, Fremdkörper im Pharynx 8, Rapierstoss 1, Fall auf Unterkiefer 1, Cerebritis 1, Lues 2, Caries der Halswirbelsäule 6, Skrophulose 5, unbekannt 22.

Resultat: Tod 30, völlige Genesung 25, Steifheit des Halses 2, ein Fall: Abszess noch nicht geschlossen.

Diese Tabelle zeigt allerdings zur Genüge, wie sehr M. Allin mit seiner Behauptung, der Retropharyngealabszess sei den meisten Ärzten unbekannt, recht haben mochte, da von 58 Fällen nur 30 eröffnet wurden. Sie zeigt uns weiter die völlig unklaren Ansichten, die man von der Ätiologie der Erkrankung hatte. Hatte der Verfasser vorher zwischen prädisponierenden und veranlassenden Ursachen reinlich unterschieden, so wirft er hier wieder beides durcheinander.

Diese Ansichten zu klären unternahm Bokai,[1]) dem wohl in der Geschichte des Retropharyngealabszesses der Ehrenplatz gebührt, im Jahre 1858. Er veröffentlicht die Krankengeschichte von zehn Fällen, knüpft daran eingehende Besprechungen über Ätiologie, Symptome und Behandlung des Retropharyngealabszesses und kommt zu folgendem Resultat:

Es sind dreierlei Arten von Retropharyngealabszess zu unterscheiden:

a) aus einer Entzündung des Pharynx hervorgehend,
b) auf eine Vereiterung der Halsdrüsen beruhend,
c) im Anschluss an ein Halswirbelleiden.

Die erste Art verdankt, so sagt Bokai, ihren Ursprung einer Entzündung des Pharynx und des denselben umgebenden Zellgewebes. Dieser Katarrh kann sowohl durch schädliche Einflüsse der Atmosphäre, wie durch mechanische Einflüsse bedingt sein, oder aber sekundär im Anschluss an

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. A. F. IV. 1858.

Typhus oder Scarlatina gebildet sein. — Wir werden sehen, wie Bokai sich später durch andere Beobachtungen von dieser scharfsinnigen Theorie, die in unseren Tagen aufs neue sich Geltung erringt, ganz abbringen lässt. Aber solange eben die Einsicht in die feineren, sich hier abspielenden Vorgänge fehlte, blieb die scharfsinnigste Ansicht nur eine Theorie, die jederzeit durch eine andere ersetzt werden konnte.

Die zweite Art beruht nach Bokai auf skrophulöser Diathese und es kommt zu Retropharyngealabszess durch Eitersenkung entlang der Fascia cervicalis. „Dass dieser trotzdem bei Skrophulose so selten ist," sagt Bokai, „ist nur aus dem Umstande erklärlich, weil die anatomische Lage der Fascia cervicalis, insbesondere der Fascia buccopharyngea, nicht immer im günstigen Verhältnis zum Eiterungsherd steht, um Eitersenkung und Abszessbildung hinter dem Pharynx befördern zu können. Andererseits schliessen eben diese anatomischen Verhältnisse bei Skrophulose und anderweitigen Entzündungen der Halsdrüsen die Möglichkeit der Entwickelung eines Pharyngealabszesses in sich. Demnach kann jede schädliche Potenz, die zur Entstehung von Halsdrüsenentzündungen beiträgt, noch als entfernte Ursache des Retropharyngealabszesses betrachtet werden."

Die zehn Fälle betreffen Kinder, die das 14. Jahr noch nicht überschritten hatten. In sechs Fällen handelt es sich um schwächliche Kinder, die anderweitige Drüsenanschwellungen zeigten, bei denen man also skrophulöse Diathese annehmen darf. In drei Fällen war dem Abszesse ein Katarrh des Nasenrachenraums vorausgegangen, im letzten Fall endlich handelt es sich um Caries der Wirbelsäule.

Die durch Bokai so gewonnenen Anschauungen über die Entstehungsursache des Retropharyngealabszesses behielten lange Zeit Gültigkeit und wurden anscheinend auch durch andere Fälle bestätigt.

So veröffentlichte Dr. Winternitz[1]) einen Fall, der ein 5½ Monate altes Kind betraf, das plötzlich unter allen Erscheinungen einer Rachenaffektion erkrankte. Die Rachenhöhle war grauweiss, mit einer fadenziehenden Masse überzogen; die Zunge an der Basis stark belegt. Erst nach zehn Tagen konnte die Diagnose „Retropharyngealabszess" gestellt werden.

Dr. Wilhelm Scholz[2]) beschrieb einen Fall, der bei einem 24jährigen Soldaten im Anschluss an Angina diphtherica entstanden war und sich noch ausserdem durch seine Folgen: „Embolie der A. carotis int. sin., Thrombose der V. jugularis sin., Embolie der Lungenarterien" auszeichnete.

Dr. Gaupp[3]) beschrieb den Retropharyngealabszess eines sechs Monate alten Kindes, bei dem die ersten Symptome in anginösen Zufällen mit Husten bestanden. Das Kind hatte beträchtliches Fieber, Gaumensegel und Pharynx waren zinnoberrot, die Mandeln geschwollen; die Nase und Follikeln des Mundes secernierten fortwährend zähen Schleim und über beiden Lungenlappen war scharfes bronchiales Atmen hörbar. Da das Kind bei der Eröffnung durch Aspiration des Eiters erstickte, wurde Sektion gemacht und diese ergab das merkwürdige Resultat einer miliaren Tuberkelablagerung in beiden Lungen. Da man zugleich mehrere Lymphdrüsen im Zustande der Entzündung fand — sie waren vergrössert und hart —, zählte man diesen Fall zu der zweiten von Bokai aufgestellten Gruppe. — Unterliegt es nun auch nach dem Sektionsbefund keinem Zweifel, dass wir es in diesem Falle mit der tuberkulösen Form des Retropharyngealabszesses zu tun haben, so deuten doch andererseits die schweren Rachenaffektionen auf den Rachen als Eingangspforte der

[1]) Wiener Wochenblatt. XVII. 30. 1861.
[2]) Schmidts Jahrbücher. Bd. 131. S. 346. 1866.
[3]) Württemb. Korr.-Blatt. XL. p. 23. 1870.

Tuberkelbazillen und es ist daher in gewissem Sinne dieser Fall, ebenso wie die anderen angeführten Beispiele, ein Beweis zu der damaligen Anschauung Bokais, dass die Affektion des Rachens in erster Linie als ätiologisches Moment des Retropharyngealabszesses in Betracht kommt. Der damaligen Zeit freilich fehlte es an der Kenntnis der spezifischen Erreger, um den Fall in diesem Sinne deuten zu können. Auch für die Ansicht Bokais, dass der Retropharyngealabszess im Anschluss an Infektionskrankheiten auftrete, sprachen ausser dem ersten Flemming'schen Fall der Fall von Richard Halton,[1]) in welchem es bei einem 28jährigen Mädchen im Anschluss an akuten Gelenkrheumatismus zu einem Retropharyngealabszess kam, sowie Fälle von Gautier[2]) und Abelin.[3]) Bokais Anschauungen schienen somit fest fundiert zu sein und die nächsten grösseren Arbeiten von Gautier[2]) und Abelin,[2]) die wertvolle kasuistische Mitteilungen enthielten, schlossen sich denn auch im wesentlichen denselben an.

Eine Umwälzung der Anschauungen brachte der Aufsatz von Dr. Schmitz[4]) „Der idiopathische Retropharyngealabszess der zwei ersten Lebensjahre" hervor. Schmitz geht auf die von Flemming und Verneuille hervorgehobene Tatsache, dass dem Retropharyngealabzess eine Entzündung der Lymphdrüsen bei Kindern zuvorzugehen pflege, zurück und stellt die Behauptung auf, dass alle akuten Retropharyngealabszesse des jüngsten Kindesalters auf eine Entzündung der beim Kinde vorhandenen Lymphdrüsen beruhe.

„Die Vasa afferentia dieser Drüsen," sagt er, „kommen in 3—4 Hauptstämmen von der Schleimhaut der oberen

[1]) Dubl. Journal. XLVII. p. 368. May 1869.
[2]) Dis abscès retropharyngiens. Genève et Bal 1869.
[3]) Nord. med. Ark. III. Nr. 24. p. 4. 1871.
[4]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. VI. 3. p. 283. 1873.

Partie und der Oberfläche des Pharynx, sowie von der oberen Fläche des Gaumensegels, während die Vasa efferentia in die nach aussen und unterhalb gelegenen Drüsen gehen. Infolge der seitlichen Lage der retropharyngealen Lymphdrüsen kommen denn die Abszesse meist seitlich vor.“ Als Beweis seiner Auffassung führt er die oft langsame Entwickelung der Abszesse und die vorher bestehenden Schlingbeschwerden an. Als ätiologisches Moment kämen in vielen Fällen Rachenaffektionen in Betracht, während Scarlatina, Rhachitis und vor allem Skrophulose nichts mit der Krankheit zu tun hätten. Schmitz schildert dann im Anschluss an diese Besprechungen drei Fälle, bei denen im Anfange nur eine harte Geschwulst im Rachen zu fühlen war, die erst allmählich sich erweichte und die ohne jedes Anzeichen einer skrophulösen Diathese aufgetreten war.

Drei Jahre später trat auch Bokai[1]) mit neuen Veröffentlichungen hervor und schloss sich dieser von Schmitz aufs neue begründeten Lehre von der Entstehung des Retropharyngealabszesses aus einer Lymphadenitis auf das Entschiedenste an. Er erklärt ausdrücklich seine frühere Ansicht, nach der er den akuten Retropharyngealabszess aus einer Entzündung der Rachenschleimhaut ableitet, als einen Irrtum und sagt, dass ihn seine Beobachtungen, die anatomischen Verhältnisse der retropharyngealen Lymphdrüsen und ihr pathologisches Verhalten veranlassen, die Lymphadenitis retropharyngealis als Ausgangspunkt des Retropharyngealabszesses zu betrachten. Bezüglich der anatomischen Verhältnisse stützt er sich auf Henle[2]) und Luschka,[3]) die beide die Anwesenheit kleiner Lymphdrüsen zwischen Wirbelsäule und Pharynx ausdrücklich erwähnen. Er selbst liess

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. X. p. 108. 1876.

[2]) Handbuch der system. Anatomie des Menschen. III. Bd. 1. Abteilg.

[3]) Anatomie des menschl. Halses. I. Bd. 1. Abteilg. Tübingen 1862.

über diese Lymphdrüsen Untersuchungen anstellen und erhielt folgendes Resultat: „Von 30 im Pester Kinderspital vollführten Sektionen boten die von Henle[1]) in die gemeinsame Gruppe der Glandulae lymph. cervicales profundae sup. eingereihten Drüsen in 20 Fällen das normale Bild; sie waren hirsekorn- bis erbsengross. Bei sieben grösstenteils skrophulösen und an katarrhalischen Pneumonieen gestorbenen Kindern waren sie bohnengross. Bei drei zeigten sich folgende Veränderungen:

1. Bei einem 2½jährigen skrophulösen, mit Leber- und Peritonealtuberkulose behafteten und an Lungenphthise verstorbenen Mädchen waren linkerseits zwei, rechts eine retropharyngeale Lymphdrüse über bohnengross, grau, von rötlichem Herde durchsetzt.

2. Bei einem elfjährigen, an Tuberkulose mehrerer Organe und Lungenphthise verstorbenen Mädchen war die eine linke retropharyngeale Lymphdrüse taubeneigross, in der unteren Hälfte käsig, während die Schnittfläche zweier rechter retropharyngealer Lymphdrüsen hirsekorngrosse, käsige Knoten zeigt.

3. Grösste Veränderungen zeigten die retropharyngealen Lymphdrüsen eines an Dysenterie und konsekutiver dequam. Pneumonie verstorbenen vierjährigen Knaben. Von den beiderseitigen drei Lymphdrüsen war links die mittlere, rechts die unterste nussgross, fluktuierend, eine haselnussgrosse, mit ausgenagten Rändern versehene und mit gelbem Detritus gefüllte Höhle enthaltend.

Im Falle der Vergrösserung dieser Drüsen kann man sie nach Bokai hinter dem Kieferwinkel, noch besser an der Seite der hinteren Rachenwand fühlen. Bokai hatte nun öfters Gelegenheit, idiopathische Retropharyngealabszesse

[1]) Handbuch der system. Anatomie des Menschen. III. Bd. 1. Abteilg.

von ihrem Beginn bis zur Eröffnung verfolgen zu können, und er fand im Beginn stets eine härtliche Geschwulst im Raume hinter der rechten oder linken Mandel, selten in der Mitte. In den meisten Fällen entwickelte sich dann aus einer solchen Geschwulst ein Abszess.

Eine besondere Rubrik weist er dem Retropharyngealabszess im Gefolge von Scarlatina an und unterscheidet darunter wieder zwei Arten: einmal käme es auch bei ihnen zu einer Lymphadenitis retroph. und diese Fälle seien dann im Wesen den vorerwähnten gleich; bei der zweiten Gruppe, und das seien die Fälle von Scarlatina, die mit diphtheritischer Septicämie einhergingen, nehme der Retropharyngealabszess einen metastatischen septischen Charakter an. Wie es nun in ersterem Falle von Scarlatina zu einer Lymphadenitis retroph. komme, lehre Rindfleisch[1]): „Entzündliche Zustände der Organe, aus welchen die Lymphdrüsen ihre Lymphe empfingen, verursachen suppurative käsige und indurierte Lymphadenitiden; alle speziellen Entzündungen reproduzieren sich in den zugehörigen Lymphdrüsen.“

Gewiss, aber sie tuen das eben in allen Fällen und nicht nur bei Scarlatina! Indem aber Bokai die Entzündungen der Rachenorgane nicht mehr als veranlassend für den Retropharyngealabszess gelten lassen will, entzieht er uns jede Erklärung, wie denn nun eigentlich diese Lymphadenitis zustande kommt. Wohl stellt Bokai, im Gegensatz zu Schmitz, die Skrophulose als ätiologisches Moment obenan, da er in 32 Fällen multiple Schwellungen der Halslymphdrüsen fand, aber er selbst sagt auch, dass sich der Retropharyngealabszess in sehr vielen Fällen bei ganz gesunden Kindern entwickele. Woher stammt also in diesen Fällen die Lymphadenitis? „Sie entwickelt sich idiopathisch,“ sagt

[1]) Lehrbuch der pathol. Gewebelehre. 1873.

Bokai, „und in vielen Fällen bilden wohl hereditäre Lues, Pneumonieen und Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle prädisponierende Momente.“ Bei den zehn veröffentlichten Fällen erwähnt er denn auch nur in zwei Fällen vorhergegangene Affektionen des Halses: im Fall 5 Rötung des Halses, im Fall 6 aphthöse Geschwüre am Zungenrand. Fünf Fälle betrafen anscheinend vollkommen gesunde Kinder, ein Fall entwickelte sich im Anschluss an Scarlatina, ein anderer bei einem skrophulösen Kind und der letzte endlich entstand durch eine Verletzung der Pharynxschleimhaut. Wir wissen heute, dass es eine idiopathische Lymphadenitis, ja höchst wahrscheinlich eine idiopathische Erkrankung überhaupt nicht gibt; es muss also auch wohl in den Fällen, die ganz gesunde Kinder betreffen, der Entzündung eine Ursache zu Grunde liegen. Diese kannte man eben damals noch nicht! Dass bestimmte Monate ganz besonders zu der Erkrankung disponieren, erwähnt Bokai ausdrücklich, eine Erklärung aber vermag er, seiner Auffassung entsprechend, nicht zu geben. Es sind eben die Monate, in denen Erkrankungen der Mundschleimhaut am häufigsten zu sein pflegen. Da nun nach der Angabe der Anatomen diese Drüsen nur im Kindesalter vorhanden sein sollen, fasst Bokai alle in der Litteratur verzeichnete Fälle von Retropharyngealabszess der Erwachsenen als sekundäre Abszesse auf. Er stellt nämlich folgende Einteilung auf:

1. Idiopathische Retropharyngealabszesse.
2. Sekundäre
   a) infolge von Eiterung bei Halsabszessen,
   b) „ „ Spondylitis cervicalis.
3. Retropharyngealabszesse im Anschluss an Scarlatina.
4. Traumatischen Ursprungs.

Ausserdem kennt er noch eine Lymphadenitis retropharyngealis, bei der es nicht zur Eiterung kommt.

Idiopathische, d. h. solche Retropharyngealabszesse, denen eine Lymphadenitis retropharyngealis vorhergehe, kommen bei Bokai, wie er an der Hand eines umfangreichen Krankenmaterials nachweist, nur im Kindesalter vor. Er sagt darüber: Innerhalb eines beobachteten 22jährigen Zeitraumes wurden 38616 Kinder des ersten Lebensjahres behandelt. Darunter waren 86 Retropharyngealabszesse, also 22% des Gesamtkrankenstandes. Nachweisbare Lymphadenitiden waren 32 darunter. Vom 2.—3. Lebensjahre wurden 33056 Kranke behandelt, worunter 48 Retropharyngealabszesse, also 0,14%; Lymphadenitiden 10 Fälle. Vom 4.—7. Lebensjahre 21299 Kranke, worunter acht Retropharyngealabszesse = 0,03%; Lymphadenitiden ein Fall. Vom 8.—14. Lebensjahre 16218 Kranke, worunter zwei sekundäre = 0,01%.

Über die Verteilung der einzelnen von Bokai unterschiedenen Arten des Retropharyngealabszesses gibt nachstehende Tabelle auf S. 22 Aufschluss.

Wir ersehen daraus die überwiegende Mehrzahl der sogenannten idiopathischen Retropharyngealabszesse vor allen anderen und die häufige Anzahl der Lymphadenitiden. — Da unter den zehn mit genauer Krankengeschichte veröffentlichten Fällen einzelne[1]) sind, die geradezu schlagend die Entstehung des Retropharyngealabszesses aus einer Lymphadenitis beweisen, kann die Möglichkeit dieser Entstehungsweise nicht mehr angezweifelt werden. Es sei hier die Krankengeschichte des Falles 9, bei dem die Sektion diese Entstehungsweise deutlich zeigte, mitgeteilt: Bei einem fünf

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. X. p. 110.
Fall 2: idiopathischer Retropharyngealabszess und Lymphadenitis superf.; Fall 6: idiopathischer Retropharyngealabszess, multiple Lymphdrüsenabszesse; Fall 9: Scarlatina, Lymphadenitis retroph., aus der Sektion bewiesen.

Jahreszahl	1854	1855	1856	1857	1858	1859	1860	1861	1862	1863	1864	1865	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	Summe in 23 Jahren
Gesamtzahl der Kranken	3180	3018	3367	3207	3756	3725	4007	4470	4209	4629	4391	4665	5169	4784	5180	4942	5469	5676	6737	7130	7750	7593	2135	109189
1. Idiopathisch. Retropharyngealabszess	3	—	—	4	2	6	2	3	3	4	2	7	4	9	7	9	6	7	10	13	14	10	4	129
2. Sekundärer R. infolge von Eitersenkung bei Halsabszessen	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3
3. Sekundärer R. infolge von Eitersenkung b. Spondylitis cervicalis	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	4
4. Retropharyngealabszess bei Scarlatina	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	1	1	1	7
5. Retropharyngealabszess infolge Traumas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
6. Lymphadenit. retropharyngealis	—	—	—	—	—	3	2	2	1	1	—	1	4	3	4	2	—	4	2	6	3	4	1	43
Summe	5	1	—	4	2	9	4	5	4	5	2	9	8	12	11	12	6	11	13	21	20	17	6	187

Monate alten Kinde, das über den ganzen Körper Scarlatina-Ausschlag zeigte, waren die linksseitigen Lymphdrüsen in der Gegend des Unterkieferwinkels geschwellt. Am Gaumensegel war ausser Rötung nichts zu sehen. An der hinteren Rachenwand hinter der linken Tonsille zeigt sich eine abgeflachte fluktuierende Geschwulst. Temperatur 39,2°. Am folgenden Tage wurde der Abszess eröffnet. Temperatur 36,6°. Scarlatina beginnt zu erblassen. Zugleich beginnt Eiterfluss aus dem Ohr, der bei Druck auf Unterkieferwinkel zunimmt. Zwei Tage nach Eröffnung zeigte sich der obere Teil des Abszesses abgeflacht, während der untere Teil noch vorgewölbt war. Nach einigen Tagen stieg plötzlich Fieber, es trat katarrhalische Pneumonie hinzu, an der das Kind verstarb. Der Sektionsbefund war folgender: Im retropharyngealen Bindegewebe, die oberen zwei Drittel des Pharynx einnehmend, fanden sich ein Dutzend bohnengrosse graurötliche Lymphdrüsen, deren grösste Zahl in der Gegend des linken Constrictos pharyngis med. lag. Eine dieser linksseitigen Drüsen zeigte eine kaum linsengrosse blassgelbe Stelle, während in den anderen nur kleine, weisse, blutleere Flecken sichtbar waren. Diese Drüsen waren mittels straffen Bindegewebes an der vorderen Wand der Wirbelsäule angeheftet. An der rückwärtigen Rachenwand fand man links von der Mittellinie, dem vorhanden gewesenen Abszesse entsprechend, eine mehrere Millimeter dicke Wulstung, in deren Mitte die vertiefte Einstichstelle, im Lumen von 6 mm, zu sehen war. Der Lungenbefund ergab keinerlei Anzeichen von Tuberkulose; das Brustfell des rechten Unterlappens war mit Fibrinmasse überzogen. „Dieser Fall," sagt Bokai in der anschliessenden Besprechung, „spricht für die Ansicht, dass bei der Scarlatina, wenn diphtheritische Septicämie nicht hinzutritt, der Retropharyngealabszess den Charakter des idiopathischen annimmt. Die Sektion zeigt deutlich die

Schwellung und beginnende Degeneration der retropharyngealen Lymphdrüsen und bestätigt die Pathogenese des idiopathischen Retropharyngealabszesses aus einer Lymphadenitis retroph.“ Zu demselben Resultat kommt Bokai in seiner Veröffentlichung aus dem Jahre 1881;[1]) nur weist er hier dem Retropharyngealabszess im Anschluss an Masern eine eigene, neue Rubrik an. Seine darin mitgeteilte Beobachtung erstreckt sich auf 66 Fälle, die sich folgendermassen verteilen: 50 idiopathische, 4 sekundäre infolge Eiters bei Halsabszessen, 3 sekundäre bei Spondylitis cervicalis, 2 im Verlauf von Scarlatina, 1 im Anschluss an Masern. — Also im Wesen dieselben Resultate wie zuvor! — Bezüglich der Ätiologie finden wir Erkrankungen der Mund- und Nasenhöhle etwas mehr betont als prädisponierende Momente, wie zuvor, aber als direkt veranlassende Ursache anerkennt er sie auch hier nicht. „Es lässt sich annehmen,“ sagt Bokai, „dass die Witterungsverhältnisse, die Einfluss auf das Zustandekommen entzündlicher Zustände im Rachen ausüben, auch auf das Auftreten der retropharyngealen Lymphdrüsenentzündungen Einfluss haben mögen.“ — Und doch hatte schon 1877 Bormann[2]) in einem Aufsatze über Lymphadenitis retropharyngealis und ihr Verhältnis zu dem idiopathischen Retropharyngealabszess auf die Entzündungen der Hals- und Nasenorgane als die Ausgangspunkte der retropharyngealen Lymphadenitiden ausdrücklich hingewiesen. In diesem Aufsatze geht Bormann von dem Gedanken aus, dass die Lymphadenitis doch auch wohl nur sekundärer Natur sein kann und dass in jedem einzelnen Falle eine bestimmte Ursache da sein muss. Dementsprechend hat er denn alle wegen Nasenkatarrh, Pharyngealkatarrh oder irgend welcher sonstigen Erkrankung in seine Behandlung kommenden Per-

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. XVII. p. 195.

[2]) Zentralzeitung für Kinderheilkunde. I. 5. p. 67. 1877.

sonen auf Lymphadenitis retropharyngealis untersucht und dabei folgende Resultate gewonnen: Er fand unter 33 Fällen von Soor 23 mal Lymphadenitis retropharyngealis, unter 57 Fällen von Ozoena scroph. und Pharyng. chron. 55 mal Lymphadenitis retropharyngealis, unter 10 Fällen von Entzündung des Gehörganges 10 mal Lymphadenitis retropharyngealis, unter 83 Fällen von Pharyngealkatarrh bei Scarlatina und Masern 80 mal Lymphadenitis retropharyngealis, unter 13 Fällen von Diphtherie faucium 13 mal Lymphadenitis retropharyngealis, unter 15 Fällen von Stomatitis 12 mal Lymphadenitis retropharyngealis.

Aus diesen Tatsachen zieht Bormann folgende Schlüsse:

1. Geschwellte und entzündete Retropharyngeal-Drüsen sind ein häufiger Befund bei Erkrankungen der Nase, des Rachens und der Mundhöhle, sowie auch des Gehörganges und wahrscheinlich ebenso als Regel anzusehen, wie die Schwellung subkutaner Lymphdrüsen bei Ekzemen der Haut und skrophulösen Entzündungen überhaupt. Als besonders disponierend sind zu nennen die chronischen Entzündungen, wie sie bei skrophulösen Kindern vorkommen und die akuten Affektionen, die mit Entzündung der Rachenorgane einhergehen und auf Infektion beruhen, wie Diphtherie, Masern, Scharlach, Soor, Lues.

2. Alle Retropharyngealabszesse sind sekundär. Der idiopathische folgt der Lymphadenitis, der traumatische der Verletzung, der Senkungsabszess der Halswirbelcaries. Auch die Lymphadenitis retropharyngealis ist sekundär der Erkrankung der Schleimhaut, oder, wenn man will, der Skrophulose, oder aber einer Infektion.

3. Der Retropharyngealabszess ist nicht auf die ersten zwei Lebensalter und überhaupt nicht auf das Kindesalter beschränkt, wenngleich auch die Erkrankung bei Erwachsenen selten ist.

Bormann fand nämlich in 18 Fällen die Lymphadenitis retropharyngealis auch bei Erwachsenen und zwar in 15 Fällen bei luetischen Personen.

Diese Untersuchungen Bormanns bestätigten allerdings Bokais Behauptung, dass sich der Retropharyngealabszess aus einer Lymphadenitis entwickele, in eminenter Weise; sie wiesen aber auch gleichzeitig den Weg, auf dem die Entzündung zustande kommt. Und zwar leitete man, da die Beweismittel fehlten, aus der Erfahrung ab, was erst einer fortgeschrittenen Technik und Wissenschaft zu beweisen möglich war. Die Erfahrung lehrte eben auch immer wieder die Richtigkeit dieser Anschauungen. So veröffentlichte Justi[1]) im Jahre 1877 abermals vier Fälle, in denen er Affektionen der Rachenorgane im Anschluss an Erkältung als Ausgangspunkt des Retropharyngealabszesses beobachtet hatte. Dasselbe bewiesen zwei Fälle aus dem Jahre 1881, von denen der erste von Dr. James Carmichael[2]) veröffentlichte ein fünf Wochen altes Kind betraf, das im Anschluss an das erstmalige Austragen heftiges Fieber und Rötung des Rachens mit Schwellung der Tonsille zeigte. Wie die spätere Sektion ergab, hatte sich im Anschluss daran ein Retropharyngealabszess entwickelt, der dadurch ein tödliches Ende genommen hatte, dass er in die Carotis ext. durchgebrochen war und eine heftige Hämorrhagie zur Folge hatte.

Der andere Fall[3]) betraf ein sechsmonatliches Kind, bei dem man anfangs nur, im Anschluss an eine Erkältung, belegte Zunge, geschwollene Mandeln und Fauces, einhergehend mit Rötung des Rachens, beobachtet hatte. Zwei Tage darauf fand sich ein ausgeprägter Retropharyngealabszess.

---

[1]) Deutsche medizin. Wochenschrift. III. 25. p 294.
[2]) Edinb. med. Journal. XXVII. p. 24. 1881. July.
[3]) Révue médiz. de la Suisse. Rom. I. 10. p. 619. 1881.

Aber diese aus dem Aufsatze von Bormann gewonnenen Anschauungen fanden, wie schon die erwähnte Arbeit Bokais aus dem Jahre 1881 bewies, keineswegs allgemeine Anerkennung. Ganz ablehnend verhält sich Hennoch,[1]) dem wohl der zweite Ehrenplatz in der Erforschung des Retropharyngealabszesses gebührt, dazu. Er hatte schon 1850 in Caspars Wochenschrift[2]) Fälle von Retropharyngealabszesse veröffentlicht und ihnen weitere in den klinischen Wahrnehmungen und Beobachtungen[3]) 1851 hinzugefügt, ohne etwas über die Ätiologie desselben zu sagen. In seinem Lehrbuch der Kinderkrankheiten bezeichnet er die Ätiologie als noch vollkommen in Dunkel gehüllt. Es sei ganz zwecklos, bezüglich der idiopathischen Retropharyngealabszesse alle die zufälligen Komplikationen, wie Erkältung, Pharyngitis, Skrophulose, Scarlatina, Diphtherie etc. etc. als ätiologische Momente anzuführen, da die meiste Anzahl der Fälle doch eben Kinder beträfen, die vollkommen gesund seien und von einem Leiden der Halswirbelsäule ebenso frei seien, wie von irgend einer Allgemeinerkrankung. Die grösste Anzahl der im Kindesalter vorkommenden Retropharyngealabszesse seien eben einstweilen als idiopathisch anzusehen. Dabei fasst nun Hennoch den Begriff idiopathisch anders auf, wie Bokai. Letzterer verstand darunter, wie wir gesehen haben, nur, dass der Abszess da, wo er zum Vorschein kommt, auch entstanden ist. Wenn also auch dem Retropharyngealabszess eine Lymphadenitis vorausging, so bleibt er doch idiopathisch, weil auch die Lymphdrüsenentzündung sich an Ort und Stelle, nämlich im retropharyngealen Bindegewebe, abspielte. Hen-

---

[1]) Lehrbuch der Kinderkrankheiten und Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1889.

[2]) Caspars Wochenschrift. 25. J. 1850.

[3]) Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen, herausgegeben von Romberg, gesammelt von Hennoch. 1851. S. 125.

noch dagegen fasst den idiopathischen Retropharyngealabszess als eine essentielle Erkrankung, eine Erkrankung sui generis auf, die unabhängig von einer lokalen oder anderen Krankheit zustande kommt. Wenn also Hennoch betont, dass der Retropharyngealabszess der Kinder in der Regel idiopathisch sei, so sagt er damit, dass wir eben über die Entstehungsursache nichts wissen und dass für diese Fälle Skrophulose ebensowenig in Betracht kommt, wie eine Lymphadenitis aus irgend welchen anderen Ursachen. In der Tat vermochte ja Bokais Anschauung, dass der Retropharyngealabszess sich auf der Basis einer Lymphadenitis entwickele, das Dunkel der Ätiologie nicht zu erhellen, so lange die Frage der Entstehungsweise dieser Lymphadenitis nicht beantwortet war. Die Herleitung dieser Lymphdrüsenentzündung aus einer Erkrankung der Rachenorgane war aber für den, den seine eigene Beobachtung diese Erfahrung nicht machen liess, um so weniger beweisend, als auch Bormann den Zusammenhang beider Erkrankungen nicht genügend erklären konnte, als ihm für die der Erfahrung entlehnte Anschauung der wissenschaftliche Beweis fehlte. Diesen Beweis zu erbringen war der Bakteriologie vorbehalten.

Dass in einer Reihe von Erkrankungen die Krankheitserreger ihre Eingangspforte durch das adenoide Gewebe der Tonsille, wie des Rachens und des Zungenbalges nehmen, wusste man, seitdem dies Professor Gerhard[1]) speziell für Erysipel nachgewiesen hatte. Löffler[1]) hatte weiter gezeigt, dass die septischen Komplikationen der Diphtherie auf Eindringen des Streptococcus pyogenes durch die Tonsillen beruhen und dass diese Einwanderung hauptsächlich dann stattfindet, wenn die Veränderungen im Rachen gering sind.

[1]) Diese Ausführungen sind dem Aufsatze von Prof. Fränkel: „Über septische Infektion im Gefolge von Erkrankung der Rachenorgane.“ Zeitschrift für klinische Medizin, XIII, 1, p. 14, 1888, entnommen.

Durch Fränkel[1]) sind nun aber zwei Fälle bekannt geworden, in denen die Entwickelung des Retropharyngealabszesses durch Einwanderung von Streptokokken vom Halse aus direkt nachgewiesen wurde.

Der eine Fall[1]) betraf einen 37jährigen Böttcher, der seit sechs Tagen an starken Schlingbeschwerden litt. Es entwickelte sich nun bei diesem Patienten in der Folge, wie teilweise erst durch die Sektion festgestellt werden konnte, neben serofibrinöser Pleuritis und einer eitrigen Pericarditis ein retropharyngealer Abszess, der sich bis in das hintere Mediastinum gesenkt hatte. Aus dem Eiter des Retropharyngealabszesses wurden Kulturen angelegt und es entwickelten sich Streptokokkenkolonieen in grosser Anzahl. Die Tonsillen zeigten diphtheritischen Belag. Dieser Fall zeigt deutlich, dass ohne eine bemerkenswerte Halsaffektion sich im Halse hochvirulente Streptokokken ansiedeln können und dann von hier aus zu allen möglichen Infektionen Anlass geben können.

Der zweite Fall[2]) betraf einen 14jährigen Knaben, der im Anschluss an Scarlatina unter Fieber Gelenk-Schmerzen und Schwellungen bekam, zu denen sich Pericarditis gesellte, worauf Patient verstarb. Die Sektion ergab nun folgendes: An den am weitesten nach hinten gelegenen Partieen der rechten Tonsille bestand noch eitriges Infiltrat von geringer Ausdehnung, also offenbar abgeheilte Diphtherie der Tonsille. Diese setzte sich von hier aus durch die Tonsillenkapsel nach der retropharyngealen Gegend fort. Die Eitermikroben waren von der erkrankten Tonsille aus in das retropharyngeale Zellgewebe eingedrungen, hatten daselbst zur

[1]) Diese Ausführungen sind dem Aufsatze von Prof. Fränkel: „Über septische Infektion im Gefolge von Erkrankung der Rachenorgane.“ Zeitschrift für klinische Medizin, XIII, 1, p. 14, 1888, entnommen.

[2]) Berl. klinische Wochenschrift. Nr. 44. 1888.

Bildung eines Abszesses geführt, dann die Wand der Vena jugularis durchsetzt und waren von hier aus in das Blut gelangt. Den Beweis erbrachte man dadurch, dass man sowohl in dem Belag der Tonsille, wie in dem retropharyngealen Eiter, wie endlich in dem Blute Streptokokken nachwies. — Dieser Fall gehört in die Gruppe der von Bokai als metastatische Retropharyngealabszesse im Anschluss an Scarlatina bezeichneten Fälle. Dabei waren aber nicht die Erreger der Scarlatina die Veranlasser des Abszesses, sondern diese Rolle übernahmen die Streptokokken, die sich auf Grund der Scarlatina[1]) reichlich entwickelt hatten. Wenn es uns nun gelingt, festzustellen, dass auch in den übrigen Fällen, speziell in dem idiopathischen Retropharyngealabszess des Kindesalters, Streptokokken die Erreger sind, so ist die ätiologische Gemeinschaft beider Arten festgestellt und eine besondere Rubrik kommt dem Retropharyngealabszess im Anschluss an Scarlatina nicht zu. In den beiden erwähnten Fällen konnten nun bei der Sektion immerhin, wenn auch nur in geringem Masse, Veränderungen der Rachenorgane nachgewiesen werden. Sollen wir nun in allen Fällen, in denen es bei anscheinend ganz gesunden Kindern zu einem Retropharyngealabszess kommt, solche Veränderungen der Rachenorgane annehmen? Wie schon erwähnt, konnte Hennoch in einer grossen Reihe von Fällen niemals Rachenaffektionen wahrnehmen. Aber der kindliche Mund enthält Streptokokken in ganz normalen Zustand[2]) und alle die Zustände, die man immer wieder (Flemming, Allin, Bokai, Bormann) als direkte oder indirekte Veranlassung des Retro-

[1]) Vgl. Strümpell, Lehrbuch der spez. Pathologie und Therapie. 1900. I. Bd. p. 65.

[2]) Dr. Eugen Doernberg: Über Vorkommen von Streptokokken in der normalen und kranken Mundhöhle des Kindes. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1902.

pharyngealabszesses angesehen hatte, weisen eine vermehrte Streptokokkenzahl auf.[1]) „Es ist anzunehmen," sagt Müller,[2]) dass die Entwickelung der Zähne einen günstigen Nährboden für Bakterien schafft, wie ja eine Reihe von Mundkrankheiten, insbesondere Stomacace, nur bei Individuen mit Zähnen vorkommt. Bei zahnlosen Kindern wurden nie Spirillen gefunden. — Landgraf[3]) fand bei der Phlegmone des Pharynx stets Streptokokken in der Mundhöhle. — Biondi[4]) fand konstant bei Angina phlegmonosa Streptokokken. — Das erste Stadium der Besnar'schen Aphthen (beetartige Abhebungen der obersten Epithelschichten) glaubt Fränkel[5]) durch Bakterienhaufen verursacht und meint, die charakteristischen Stellen böten, als inaktiv beim Saugen, eine Art toter Räume und wären dadurch Lieblingssitz für Bakterien. Nach Fränkel[6]) spielen die Follikel bei der Angina lacunaris dadurch eine Rolle, dass die aus ihnen auch unter normalen Verhältnissen auswandernden Leucocyten einen besonders günstigen Nährboden für die Entwickelung und Ernährung von Mikroorganismen bieten. Es sind denn auch in verschiedenen Fällen von Angina follicularis Streptokokken gefunden worden und Fränkel spricht sogar von einer Hausinfektion, indem in bestimmten Häusern mit Vorliebe lacunäre Anginen vorkommen und auch gewisse Personen mit Vorliebe dazu disponiert sind. Kurzum, wir sehen, dass die

[1]) Dr. Eugen Doernberg: Über Vorkommen von Streptokokken in der normalen und kranken Mundhöhle des Kindes. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1902.

[2]) Müller: „Bakterien der Mundhöhle." (Dem Aufsatz von Doernberg entnommen.)

[3]) Über „primäre Infektion, Phlegmone des Pharynx". Berl. klinische Wochenschrift. 1888. S. 97.

[4]) Pathol. Mikroorganismen des Speichels. Zeitschrift für Hygiene. II. 1887.

[5]) Münch. medizin. Wochenschrift. 1891. Nr. 41.

[6]) Berl. klinische Wochenschrift. 1886. p. 265.

Anwesenheit von Streptokokken in der Mundhöhle hinreichend festgestellt ist und dass scheinbar geringfügige Erkrankungen der Mundhöhle dieselben an Zahl wie an Virulenz bedeutend zu steigern vermögen. Bedenken wir nun, dass gerade die kindliche Mundhöhle der Lieblingssitz dieser Erkrankungen ist, so kann uns das Vorkommen von Retropharyngealabszessen gerade bei Kindern nicht mehr wundern.

Wenn nun aber das Einwandern von Streptokokken in das retropharyngeale Zellgewebe die hier entstehende Entzündung veranlasst, so müssen sich diese Mikroorganismen auch in dem Abszesseiter auffinden lassen. Darüber angestellte Untersuchungen haben in der Tat in dem Eiter diese Streptokokken nachgewiesen. Joh. v. Bokai[1]) fand in allen untersuchten Fällen Streptokokken, ebenso Moreau.[2]) Dr. Oppenheim[3]) stellt an der Hand von 48 Fällen diese Kokkeninvasion fest. Die eingehendste Untersuchung darüber stellt Henry Koplik[4]) an. Er hat 60 Fälle in den letzten sieben Jahren bakteriologisch und klinisch untersucht und gefunden, dass fast stets in akuten Fällen, das heisst in solchen, in denen der akute Retropharyngealabszess ganz gesunde Kinder befällt, Angina vorausgegangen war. Er hat jedesmal den Eiter bakteriologisch untersucht und die Bakterien isoliert und zwar in einer Weise, die eine später durch die Eröffnung hinzugekommene Infektion absolut ausschloss. Stets hat er Streptokokken gefunden und vier Arten feststellen können: Streptococcus brevis a) pharyngis; b) pharyngis. Streptococcus longus a) ph.; b) ph.

---

[1]) Retroph. abscess and retroph. adenitis tunals of Gynaecologe et Pédiatrics. 1899.

[2]) Contribution à l'étude des abscès pharyngiens. 1894. Thèse de Paris. 1897.

[3]) Archiv für Kinderheilkunde. 22. u. 23. Bd. I—III. 1899.

[4]) Zentralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. XVI. Heft 123. 1894.

Die Virulenz dieser Bakterien hat er durch Injektion auf Meerschweinchen und Ratten geprüft. Dabei hat er nun allerdings wenig positive Resultate erhalten. In den meisten Fällen blieb die Injektion erfolglos; in zwei Fällen erfolgte lokale Rötung, in zwei weiteren Fällen starben die Tiere und die Sektion ergab bei dem einen ein ausgedehntes lokales eitriges Exsudat und bei dem zweiten, dem die Injektion in die Brusthöhle gemacht wurde, eine eitrige Pleuritis. Ist somit nur in vier Fällen eine Virulenz der aufgefundenen Streptokokken für Meerschweinchen erwiesen — in den beiden letzterwähnten Fällen allerdings eine hochgradige —, so können doch auch in den übrigen Fällen die aufgefundenen Streptokokken als die Entzündungserreger angesehen werden. Als Eingangspforten für diese Mikroorganismen nimmt Koplik die Tonsillen und Nebentonsillen oder die adenoiden Gewebsmassen des Nasenrachenraums und Gaumengewölbes an. Ist somit die Anwesenheit von ein und denselben Mikroorganismen sowohl in der Mundhöhle — und zwar hauptsächlich in der erkrankten Mundhöhle — wie in dem retropharyngealen Eiter festgestellt und damit der Zusammenhang beider Erkrankungen für viele Fälle bewiesen, so fragt sich nur noch, welchen Weg diese Erreger nehmen, um in den retropharyngealen Raum zu gelangen. Man darf durch die eingehend geschilderten Arbeiten von Schmitz, Bokai und Bormann wohl als bewiesen ansehen, dass in sehr vielen, ja wohl den meisten Fällen des akuten Retropharyngealabszesses dem Abszess eine Lymphadenitis vorausgeht; dass also in diesen Fällen die Entzündungserreger von den Lymphgefässen der Mundhöhle aufgenommen werden und so in die hinter dem Pharynx gelegenen Lymphdrüsen gelangen, um dort eine Entzündung und im weiteren Verlauf eine Eiterung hervorzurufen. Über die Anwesenheit und Lagerung der in Frage kommenden Drüsen sind auch in jüngster Zeit Unter-

suchungen angestellt worden und diese Untersuchungen haben Bokais Anschauungen bestätigen können. Ausser Moreau[1]) ist es Most,[2]) der in der Arbeit „Zur Topographie und Ätiologie der retropharyngealen Drüsenabszesse“ eine eingehende Schilderung dieser Drüsen gibt und darin zu folgender Einteilung kommt: 1. Glandulae retropharyng. sensu strictiore; unregelmässig vorkommende kleine Gebilde, deren Lage schwankt. 2. Glandulae pharyng. laterales; typische Lymphknoten, die stets nahe dem Winkel der hinteren zur seitlichen Schlundkopfwand, medial von der Carotis intern. und meist nahe ihrem Eintritt in den Canalis Carotic. zu finden sind. „Diese Drüsen,“ sagt Most, „sind für die Lokalität des retropharyngealen Prozesses von grosser Bedeutung; sie sind auch beim Erwachsenen vorhanden und können tuberkulös und krebsig entarten. Zur Pathologie des Retropharyngealabszesses gehören ferner tiefe cervikale Drüsen, die seitlich von der V. jugularis den Scalenis anliegen.“ Als Quellgebiete dieser Pharynxdrüsen nennt Most die hintere Rachenwand und die angrenzenden seitlichen und oberen Teile des Schlundkopfes, das innere Ohr, die Nebenhöhle und endlich das Naseninnere. Gerade dies letztgenannte Quellgebiet scheint uns von grosser Wichtigkeit für die Ätiologie der Retropharyngealabszesse zu sein und sicher in vielen Fällen eine Rolle zu spielen, die anscheinend ganz gesunde Kinder betreffen, bei denen auch von einer Veränderung der Rachenorgane nichts zu bemerken war. Denn wie leicht entgehen auch dem Arzte leichte Verletzungen der Nasenschleimhaut oder ein leichtes Ekzem derselben! Interessant ist, dass schon eine ausgezeichnete Arbeit aus dem Jahre 1861 auf den Zusammenhang zwischen Nasenkatarrh und Retropharyngealabszess ausdrücklich aufmerksam

[1]) Contribution à l'étude des abscès periph. Thèse de Paris. 1897.
[2]) Archiv für klinische Chirurgie. Bd. III. Nov. 1900.

machte, anscheinend aber wenig Beachtung fand. Es ist die Arbeit Ed. Simons[1]) „Lymphgefässe der Schneider'schen Membran des Menschen". „Die feineren Lymphgefässe," sagt Simon, „entspringen oberhalb der Nasenlöcher aus feinen dichten Netzen und zeichnen sich durch Feinheit und senkrechten Verlauf vor zahlreicheren dickeren, gerade nebeneinander verlaufenden Lymphgefässen aus. Diese groben Lymphgefässe vereinigen sich zu einen oder zwei Stämmen, welche quer über und unter dem Nasenflügel verlaufend in einen oder zwei Lymphknoten in der Nähe des Unterkieferwinkels münden. Daher auch hier Drüsenschwellungen bei skrophulösen Kindern sich finden, bei denen ausser einem Nasenekzem nichts von Skrophulose zu bemerken war! . . . Was die Hauptstämme anbelangt, so verlaufen sie in der Rinne zwischen dem vorderen Ende der Tube und dem hinteren Ende der Muscheln und bilden hier ein kleines Netz, aus welchem drei Gefässe entspringen. Diese verlaufen schief nach hinten und aussen zwischen M. levator- und Tensor-vel. palat. moll. und von da geht der eine Zweig in die äussere Rachenwand und zwischen Carotis intern. und M. stylopharyng. in die Drüse, die vor dem Wirbelkörper liegt. Daher Retropharyngealabszess im Anschluss an Nasenkatarrh." — Wir sehen also, wie mannigfach die Wege sind, auf denen die Mikroben in den retropharyngealen Raum gelangen können. Jede Halsentzündung, jede Mittelohreiterung, jeder Nasenkatarrh, der vielleicht unbemerkt vorüberging, kann, zumal in dem ersten Lebensjahr, wo die Zersetzungen in der Mundhöhle die grössten sind und deshalb Krankheiten derselben am häufigsten, Anlass geben zur Entstehung eines Retropharyngealabszesses. — Seitdem man denn nun auch auf all diese Verhältnisse aufmerksam geworden war, schärfte

[1]) Gaz. de Par. p. 159. 1861.

sich die Beobachtung und es mehrten sich die Fälle, in denen man eine Rachenaffektion, einen Nasenkatarrh oder eine Mittelohreiterung sehr wohl vorher beobachtet hatte.

Wie schon erwähnt, hatte Koplik[1]) in den meisten seiner 60 Fälle, die anscheinend gesunde Kinder betrafen, eine leichte Angina vorher feststellen können. Ebenso fand Oppenheim[2]) in einer Reihe von Fällen Erkrankungen der Mundhöhle; W. E. Casselberg[3]) veröffentlicht einen Fall bei einem viermonatlichen Kinde im Anschluss an follikuläre Tonsillitis; Dr. Joseph Szekeres[4]) einen solchen im Anschluss an einen Tonsillarabszess; A. Hand jun.[5]) im Anschluss an Parulis. Ligorio[6]) veröffentlicht unter dem Titel „L'ascesso retrofaringeo acuto nei bambini" 14 Krankengeschichten und erwähnt, dass er in einer Reihe von Fällen Wunden in Mund und Nase fand, die er für die Eingangspforte der Eitererreger hielt. Ebenso häufig finden wir Erkrankungen der Nasenschleimhaut in der Litteratur erwähnt; Brook[7]) erwähnt zwei Fälle, bei denen Coryza vorausgegangen war; ebenso fand A. Jefferis-Turner[8]) in drei Fällen bei einem sechsmonatlichen Kinde und solchen von zwei und neun Jahren Retropharyngealabszess im Anschluss an Rhinitis und ebenso Maccoy[9]) bei einem Erwachsenen. — Wenn wir nun auch die Mittelohreiterungen als ätiologische Veranlassung hier anführen, so müssen die Fälle ausge-

[1]) Zentralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. XVI. 123. 1894.
[2]) Archiv für Kinderheilkunde. 1899. XXIII. Bd.
[3]) Journ. Am. Med. Assoc. 29. Sept. 1894.
[4]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. XVIII. 1882.
[5]) Archivs of Pédiatrics. New York. July 1895.
[6]) Bollet. de Malathu delt' orechio. Oct. 1901.
[7]) Im Jahrbuch für Kinderheilkunde, XXXV, 1893, erwähnt.
[8]) Austral Medical Gazeth. 21. Dez. 1896. International Quaterly Journal of Med. and Surgeonry.
[9]) Med. News. XLI. p. 8. 1882.

schieden werden, in denen es sich lediglich um eine Eitersenkung entlang dem M. tensor. tymp. handelt. In diesem Fall nämlich ist der Retropharyngealabszess lediglich ein sekundärer Senkungsabszess und seine Ätiologie keineswegs zweifelhaft. Allein es sind doch auch eine Reihe von Fällen bekannt, in denen die Otitis zu dem Retropharyngealabszess in keinem anderen Verhältnis steht, wie auch die Rhinitis und die Pharyngitis, in denen es sich eben um eine Einwanderung der Entzündungserreger in den retropharyngealen Raum, von dem Ohr her, handelt. Einen solchen Fall veröffentlichte zuerst Dr. Weil[1]) in dem Aufsatz „Zur Lehre von der Ätiologie des Retropharyngealabszesses“: Ein neun Jahre altes Mädchen hatte seit zwei Monaten Eiterfluss aus beiden Ohren und bekam plötzlich Atemnot. Die Untersuchung ergab nun einen Retropharyngealabszess. Das Kind starb nach mehrmaliger Incision. Die Sektion bestätigte die Diagnose. Beide Paukenhöhlen waren voll Eiter. Der Retropharyngealabszess war entleert. Man fand im retropharyngealen Raum aber ausserdem vereiterte Lymphdrüsen. Die Eitererreger hatten also vom Ohr aus die Lymphgefässe benützt, um so in die retropharyngealen Drüsen zu gelangen. Seitdem sind noch eine Reihe solcher Fälle veröffentlicht worden, die alle hier zu schildern zu weit führen würde.

Wir haben nun bisher angenommen, dass die Eitererreger auf dem Lymphwege in den retropharyngealen Raum gelangen, also zunächst eine Lymphadenitis hervorrufen. So sicher das für die meisten Fälle bewiesen ist, so sehr drängt sich die Frage auf, ob das in allen Fällen so ist. Wie wir gesehen haben, unterscheidet schon Bokai unter den Fällen im Anschluss an Scarlatina zwischen solchen, die

[1]) Jahrbuch für Ohrenheilkunde. XV. 1881.

nach seiner Auffassung idiopathisch sind, also auf irgend welche Weise zu einer Lymphadenitis Veranlassung geben und solchen, die sich metastatisch zu einem Retropharyngealabszess entwickeln. Letztere soll dann entstehen, wenn eine Angina diphtherica vorausging; es soll sich also nach Bokai die Angina diphtherica direkt in den retropharyngealen Rachenraum fortpflanzen. Da wir aber nach dem bisher Geschilderten für beide Fälle die Streptokokken als Erreger des Retropharyngealabszesses ansehen dürfen, so heisst das nichts anderes, als es benützen in dem einen Falle die Streptokokken den Lymphweg, in dem andern Falle wandern sie direkt von dem Nasenrachenraum durch das Gewebe hindurch in den retropharyngealen Raum. Vielleicht dürfen wir annehmen, dass in letzterem Falle die Lymphwege nicht mehr imstande sind, die Streptokokken in sich aufzunehmen; dass in solchen Fällen deren Anzahl eine zu grosse ist. Es käme dann zu einer direkten Einwanderung von Streptokokken in den retropharyngealen Raum in den Fällen, in denen die Streptokokken in dem Nasenrachenraum sich besonders stark zu entwickeln Gelegenheit hatten. In einigen Fällen sehen wir nämlich den Retropharyngealabszess sich so rasch im Anschluss an einen Katarrh des Nasenrachenraumes entwickeln, dass wir eine vorausgegangene Lymphadenitis uns kaum erklären können, zumal in einigen solcher Fälle die Sektion trotz der raschen Entwickelung keine Anzeichen einer Lymphadenitis vorfand.[1]) Es ist wohl auch anzunehmen, dass infolge einer in solchen Fällen erhöhten Virulenz der Bakterien dieselben die Lymphgefässe so hochgradig affizieren, dass es ohne weiteres zum Austritt der Lymphe und damit zur entzündlichen Infiltration des umliegenden Gewebes kommt, wie das Mamurowsky[2]) für

[1]) Oppenheim, Archiv für Kinderheilkunde. 22. u. 23. Bd. I—III. 1899.
[2]) Tillmanns Lehrbuch der Chirurgie. 1901. p. 305.

einige Fälle von Lymphangoitis nachwies. Dasselbe gilt aber ausschliesslich für keine Art des Retropharyngealabszesses; die Art der Einwanderung aus dem Nasenrachenraum ist abhängig von der Beschaffenheit der Wege, wie von der Zahl und Virulenz der Bakterien, mögen dieselben sich nun im Anschluss an eine Infektionskrankheit oder einen Katarrh des Nasenrachenraumes — denselben allerdings dann teilweise bedingend — angesiedelt, beziehungsweise vermehrt haben. Im Wesen aber ist der Retropharyngealabszess, der einer Scarlatina folgt, genau dasselbe, wie jeder akute Retropharyngealabszess. Auch hier sind die Streptokokken[1]) die Erreger, auch hier kann es zu einer Lymphadenitis[2]) kommen, die dann später zu einem Abszess wird. Dasselbe scheint uns auch für die Fälle von Retropharyngealabszess, die im Anschluss an Influenza sich entwickeln, der Fall zu sein. Es sind in der Litteratur mehrere solche Fälle beschrieben. Fischer[3]) erwähnt zwei Fälle, in denen Influenza dem Retropharyngealabszess vorausging. Es handelt sich um zwei Kinder von je elf und sechs Monaten. Bei dem einen konnte er Schwellung der peripheren Lymphdrüsen nachweisen, von denen eine vereiterte. Also auch hier Weiterverbreitung der Entzündungserreger auf dem Lymphwege! — Ebenso finden wir in dem Aufsatz von Clopatt[4]) „Über akuten Retropharyngealabszess bei Kindern“ einen Fall im Anschluss an Influenza erwähnt. Es ist uns nicht bekannt, dass in einem solcher Fälle der retropharyngeale Eiter auf Mikroben untersucht wurde. Aber da wir bei Influenza die Mehrzahl der häufigen Komplikationen mit voller Sicherheit

[1]) Fränkel, Zeitschrift für klinische Medizin. XIII. p. 14. 1888.

[2]) Bokai, Jahrbuch für Kinderkrankheiten. Neue Folge. X. p. 108. 1876.

[3]) Wiener medizin. Presse. XXXIII. 30. 1892.

[4]) Finska Cäkarcisallsk handl. XXXVIII. 1896.

auf den Eintritt von Sekundärinfektion beziehen dürfen[1]) und da die Erreger dieser Sekundärinfektion neben Pneumo-Diplokokken hauptsächlich nach den Untersuchungen von Ribbert,[1]), Finkler[1]) u. a. Streptokokken sind, so dürfen wir auch für diese Fälle die Streptokokken als die Erreger des Retropharyngealabszesses ansehen.

Wie verhalten wir uns nun nach den neueren Untersuchungen gegenüber dem sogenannten skrophulösen Retropharyngealabszess? Wir haben gesehen, dass Schmitz und Henoch in der Skrophulose kein ätiologisches Moment für Retropharyngealabszess sahen, während andererseits Bokai und Bormann mehrere solcher Fälle anführen konnten. Besonders häufig finden wir bei Bokai die Angabe „skrophulös“ in den Krankengeschichten und finden dann, dass ein leichtes Ekzem der Nase oder des Kopfes, Furunkel oder entzündete Lymphdrüsen am Halse als Beweis der bestehenden Skrophulose angesehen werden. Wir fassen heute die Skrophulose als eine tuberkulöse Krankheit auf, weil in den Krankheitsprodukten Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten. Wir sind dementsprechend vorsichtiger geworden in der Bezeichnung „Skrophulose“. Nicht jedes Ekzem des Kopfes, jeder Furunkel, jede Akne, jede Halsdrüsenschwellung ist eine tuberkulöse Erkrankung. Sah man früher im Anschluss an ein Nasenekzem Vereiterung von Halsdrüsen auftreten, so galt letzte Erscheinung als direkter Beweis der skrophulösen Natur des Ekzems. Wir wissen heute, dass der Zusammenhang ein anderer ist, dass das Ekzem der Schleimhaut eben die Eintrittspforte für die Eitererreger schafft, die aber keineswegs Tuberkelbazillen zu sein brauchen, weil das Ekzem in den meisten Fällen eben auch nicht tuberkulöser Natur ist. Ja, man ging früher so weit — und tut das heute auch

[1]) Strümpell, Lehrbuch der spez. Pathologie und Therapie. 1900.

noch häufig —, bei jedem schwächlichen, anämischen Kind den Verdacht der Skrophulose zu äussern und sah dann in dem Auftreten eines retropharyngealen Lymphdrüsenabszesses die sicherste Bestätigung des Verdachtes. Und doch konnte die Sektion in solchen Fällen, ausser eben dem Retropharyngealabszess, keinerlei Anzeichen von Tuberkulose nachweisen.

Ein solcher von Dr. Abelin in Stockholm[1]) veröffentlichter Fall sei hier mitgeteilt: Ein Ende August 1870 geborenes Mädchen hatte schon in den ersten Wochen auffällige Eigentümlichkeiten im Schlucken, viel Ausfluss von Speichel aus dem Munde und später steife Haltung des Kopfes. In den ersten zwei Monaten war es sehr unruhig. Am 30. Dezember trat Husten mit pfeifender Inspiration auf; zugleich Durchfälle mit grüner, schleimiger Darmentleerung. Das Gesicht war blass. Über beiden Lungen war katarrhalisches Rasseln zu hören. Man diagnostizierte allgemeine Tuberkulose, wandte die verschiedensten Mittel an, ohne wesentliche Besserung zu erzielen. In der Folge wurde das Kind immer schwächer, anämischer, die Inspiration mühsamer; an Retropharyngealabszess dachte man nicht und es trat denn auch endlich der Tod ein. Die Sektion ergab nun einen ausgedehnten Abszess, der vom zweiten Halswirbel bis zum fünften Rückenwirbel reichte, eine grosse Menge Eiters enthielt und eine seitliche Lage einnahm. Man fand keinerlei Wirbelerkrankung; die Lungen und der Darm zeigten Katarrh; von Tuberkulose war nichts zu sehen. — Es hatte sich also offenbar um einen gewöhnlichen Retropharyngealabszess, mit der Einwanderung der Mikroben vom Munde aus, gehandelt, der nur eine subkutane, vielleicht auch chronische Entwickelung genommen hatte.

---

[1]) Nord. med. ark. III. 4. Nr. 24. 1871.

Ein ganz ähnlicher Fall kam in dem hiesigen pathologischen Institut zur Sektion. Die Krankengeschichte ist folgende: Ein am 16. Mai 1902 geborenes Kind, ein Mädchen, befindet sich seit dem 3. Mai 1903 wegen Lungenkatarrh in ärztlicher Behandlung. Das Kind war schwach anämisch und der Arzt erklärte das Kind für skrophulös und meinte, als am 6. Mai Schluckbeschwerden auftraten, das Kind leide an Drüsenentzündungen und wahrscheinlich an allgemeiner Drüsentuberkulose. Am 9. Mai trat Atemnot ein, die sich am 11. Mai zu äusserster Heftigkeit steigerte. Das Kind drohte jeden Augenblick zu ersticken. Nun konstatierte der Arzt Retropharyngealabszess und liess das Kind in die chirurgische Abteilung der Kgl. Universitäts-Kinderklinik bringen. Das Kind war sehr schwach, anämisch; das Gesicht cyanotisch und die Dyspnoe war hochgradig. Man schritt sofort nach Sicherstellung der Diagnose zur Incision. Doch es war zu spät; in dem Momente der Eröffnung des Mundes verschied das Kind und alle Wiederbelebungsversuche waren vergeblich.

Der Sektionsbericht,[1]) aus dem nur das für unseren Fall Wichtige herausgegriffen sein mag, lautet folgendermassen:

Weibliche, stark anämische Leiche, reichliche Totenflecke, Muskulatur und Fettpolster gering. . . . . In den Pleurahöhlen befinden sich zwei Teelöffel einer serösen Flüssigkeit. Die Lungen berühren sich nicht in der Medianlinie. Die linke ist retrahiert; Herzbeutel liegt dreimarkstückgross vor. Die Thymusdrüse reicht bis zur Mitte des Herzens. Die rechte Lunge ist hinten oben etwas mit der Pleura costalis verwachsen. Im Herzbeutel befindet sich ein Teelöffel einer hellen, klaren Flüssigkeit. Der rechte Vorhof enthält eine reichliche Menge flüssigen dunkelbraunen Blutes

[1]) Sektion-Journal. Nr. 358. 1903.

mit Speckgerinnsel; auch im linken Vorhof ist viel flüssiges, dunkles Blut. Ebenso enthalten die Ventrikel flüssiges Blut. — Die linke Lunge ist von gehörigem Volumen, weicher, schwammiger Konsistenz, blassrosa und der Oberlappen derselben schneidet sich knirschend. Die Schnittfläche ist blass, der Blutgehalt aufgehoben, der Luftgehalt vorhanden, der Saftgehalt gering. Ebenso verhält sich Mittel- und Unterlappen. Am mittleren Teil des rechten Unterlappens befinden sich hinten bindegewebige Auflagerungen. Die grösseren Bronchien enthalten geringe Menge schaumiger, rosaroter Flüssigkeit. Die Lungenarterien und die grossen Gefässe sind ohne Inhalt. Die linke Lunge verhält sich ebenso, wie die rechte. — Am Herzen findet sich nichts Bemerkenswertes. — Der Magen ist leer, die Schleimhaut desselben verfallen und blass. Der Dünndarm enthält gallig gefärbten, dünnflüssigen Inhalt. Die Darmwand ist blass, der Dickdarm fast leer. Die Schleimhaut des ganzen Verdauungstraktus ist blass. — Das Hirn ist anämisch. Die Leber cyanotisch verfärbt, wenig blutreich, von blass livider Farbe. — Bei Herausnahme der Halsorgane entleert sich nun eine reichliche Menge — mehr wie ein Weinglas voll — grünlichgelben Eiters. Diese Eiteranhäufung befindet sich retropharyngeal und ösophageal versteckt. Die Höhle befindet sich zwischen der hinteren Wand des Rachens und des Ösophagus; dieselbe ist vom Umfange eines grossen Hühnereies. Die Wirbelsäule ist nicht beteiligt. Das Lumen des Rachens, des oberen Ösophagus, sowie des Kehlkopfeinganges ist in hohem Grade verengt.

Also auch hier keine Anzeichen von Tuberkulose; keinerlei Anhaltspunkte für die Diagnose „Skrophulose“! Wohl finden wir in der Pleurahöhle einige Mengen einer serösen Flüssigkeit, wohl finden wir an einzelnen Stellen der Pleura bindegewebige Auflagerungen, an einer Stelle sogar

Verwachsung, aber keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die abgelaufene Pleuritis tuberkulöser Natur gewesen sein muss. Vielleicht dürfen wir annehmen, dass die Infektion, die die Pleuritis hervorgerufen hat, in irgend welchem Zusammenhang mit dem Retropharyngealabszess steht. Andererseits weist die anfängliche Diagnose des Arztes: „Lungenkatarrh" auf eine katarrhalische Erkrankung der Luftwege hin. Leider besagt weder der Bericht des Arztes noch der Sektionsbefund etwas darüber, ob sich irgend welche Veränderung im Rachen vorfanden. Jedenfalls haben wir allen Grund, diesen Fall in die Reihe der geschilderten einfachen, nicht tuberkulösen akuten Retropharyngealabszesse einzustellen. — Hatte nun hier der allgemeine schlechte Ernährungszustand des Kindes den Verdacht auf Skrophulose anscheinend veranlasst, so liegen sicher die Verhältnisse in vielen Fällen der älteren Litteratur nicht anders. Aber da wir eben in der weitaus überwiegenden Anzahl der Fälle die Krankheit anämische, schlecht genährte und gepflegte Individuen befallen sehen, ohne dass es sich wahrscheinlich in den meisten Fällen, ebenso wie hier, um echte Skrophulose gehandelt hatte, so liegt der Gedanke nahe, ob nicht eben diese schlechte Ernährung und Pflege eine Disposition zu dieser, wie zu so vielen Erkrankungen, abgibt. Es liegt nahe, daran zu denken, dass ein mangelhaft ernährtes Gewebe der Einwanderung und Ausbreitung von Entzündungserregern weniger Widerstand entgegen zu setzen vermag, wie ein solches, das reichlich von einem mit Nahrungsstoffen angefüllten Blute durchflossen wird. Und gemäss der entwickelten Anschauung von der Entstehungsweise des Retropharyngealabszesses darf ein anderer Punkt nicht ausser acht gelassen werden: Bei derartig schlecht gepflegten Kindern des Proletariats pflegt auch die Reinigung des Mundes keine allzu peinliche zu sein. Leichte Erkrankungen der Mundhöhle, wie Soor, Stomatiden etc.,

stehen hier auf der Tagesordnung und finden von seiten der Angehörigen keine Beachtung. Je weniger aber für die Pflege der Reinhaltung der Mundhöhle getan wird, um so reichlicher werden, an und für sich schon, sich die Bakterien entwickeln können und die daraus entstehenden, eben erwähnten Mundkrankheiten haben wir ja als direkte Veranlassung des Retropharyngealabszesses kennen gelernt. Es ergibt sich also daraus die praktische Nutzanwendung einer fortwährend gründlichen Reinigung der Mund- und Rachenhöhle, auch im jüngsten Kindesalter, als Prophylaktikum des Retropharyngealabszesses. Weiter aber wissen wir, dass sowohl die Unreinlichkeit wie Anämie, also schlechte Pflege und schlechte Ernährung, die Entstehung von Ekzemen begünstigt; und gerade auf die Ekzeme der Nasenschleimhaut und Lippen, und die dadurch entstandenen Rhagaden, als Hauptentstehungsursache des Retropharyngealabszesses, haben wir hingewiesen. In dem Sinne also hatten sicher die recht, die da meinten, dass der Retropharyngealabszess meist schlecht genährte und anämische Kinder beträfe und glaubten, das sei deshalb so, weil diese Kinder eben meist skrophulös seien.

Nun finden sich in der Litteratur aber auch Fälle, in denen ganz sicher eine echte Skrophulose, also eine tuberkulöse Erkrankung bestand und es fragt sich, ob wir in diesen Fällen den Retropharyngealabszess als eine tuberkulöse Erkrankung auffassen dürfen. Wir hatten schon einmal, vorne in dem Falle von Dr. Gaupp,[1]) die Tuberkelbazillen als höchst-wahrscheinliche Erreger des Retropharyngealabszesses kennen gelernt; aber da hatte es sich um einen akuten Überfall von Tuberkelbazillen durch die Mundhöhle, nicht um sogenannte Skrophulose, gehandelt. Wichtiger für die Entscheidung dieser Frage waren die Beobachtungen

[1]) Württemb. Korr.-Blatt. XL. p. 23. 1870.

Bokais,[1]) der einmal bei einem 2½jährigen, an Tuberkulose der Leber und des Peritoneums verstorbenen Mädchen die retropharyngealen Lymphdrüsen überbohnengross, grau und mit rötlichem Herde durchsetzt fand, ein anderes Mal bei einem ebenfalls an Tuberkulose verschiedener Organe verstorbenen Mädchen Verkäsung dieser Drüsen nachwies. Auch hier konnte der Beweis erst mit dem Nachweis der Mikroben, in diesem Falle der Tuberkelbazillen, erbracht werden. Diesen Nachweis brachte J. L. Goodal[2]) in dem unter dem Titel: „The retroph. abscess in the adult." veröffentlichten Aufsatz. Es handelt sich um einen 15jährigen Kellner, der seit vier Wochen Schwellung im Rachen mit Schluckbeschwerden empfand. Das Aussehen des Patienten war bleich. Von Anzeichen einer Tuberkulose war ausser einem Spitzenkatarrh nichts zu bemerken. Nachdem die Diagnose „Retropharyngealabszess" gestellt war, wurde zur Incision geschritten und das Messer, mit dem incidiert worden war, unmittelbar nachher im pathologischen Institut untersucht. Man fand Tuberkelbazillen. Zwei Spritzen einer Suspension des Eiters wurden nun einem Meerschweinchen injiziert und das Meerschweinchen sieben Wochen nach der Injektion getötet. Da fanden sich nun alle Anzeichen einer tuberkulösen Erkrankung. — Durch diese Untersuchung wurde die Möglichkeit einer tuberkulösen Art des Retropharyngealabszesses über allen Zweifel erhaben festgestellt; und es ist danach auch die echte Skrophulose als direkte Veranlassung des Retropharyngealabszesses nicht mehr anzuzweifeln.

Die übrigen Entstehungsursachen des Retropharyngealabszesses, wie Spondylitis cervicalis und Verletzungen des Pharynx, bedürfen keiner Besprechung.

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. p. 108. 1870.
[2]) New York Medical. Record. 9. Febr. 1901.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Dr. Dürck für die Anregung zu dieser Arbeit, Herrn Prof. Dr. Herzog für die Überlassung der Krankengeschichte und die bereitwilligst angebotene Unterstützung, sowie Herrn Prof. Dr. Bollinger für die gütige Durchsicht der Arbeit und die Übernahme des Referates meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Edmund Weyers, geboren 15. November 1878, besuchte bis zur Obertertia das Progymnasium meiner Geburtsstadt Frankfurt a. M. und trat dann in das dortige städtische Gymnasium „Goethe-Gymnasium“ über, wo ich Ostern 1898 das Absolutorium ablegte. Darauf bezog ich die Universität zu München, bestand hier März 1900 das Tentamen physicum. Dann erledigte ich meine Militärpflicht als Einjährig-Freiwilliger in Freiburg i. Br.; bezog wieder die Universität zu München und erhielt hier nach weiterem sechssemestrigen Studium die Approbation als Arzt. Seit 1. November 1903 befinde ich mich als prakt. Arzt in Allershausen bei Freising.

Allen meinen hochverehrten Lehrern an der Universität zu München sage ich hiermit meinen herzlichsten Dank.